

**CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE MOLECOLARI PER
MINORE O TUTELATO**

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE O TUTELATO:				
nome e cognome		data di nascita		Codice Fiscale
DATI ANAGRAFICI DI ENTRAMBI I GENITORI O DEL TUTORE				
Io sottoscritto/a (nome e cognome)		nato/a il		Codice Fiscale
residente in via/piazza	n.	(città, provincia, paese)	telefono	e-mail
In qualità di	GENITORE* ☐		TUTORE ☐	

Io sottoscritto/a (nome e cognome)		nato/a il		Codice Fiscale
residente in via/piazza	n.	(città, provincia, paese)	telefono	e-mail
In qualità di	GENITORE* ☐		TUTORE ☐	

Avendo ricevuto una dettagliata informazione sugli aspetti genetici della malattia per la quale è stata richiesta questa analisi e di aver letto l'informativa consegnatami dallo Specialista richiedente l'analisi, di avere compreso l'utilità ed i limiti (falsi negativi, falsi positivi, relatività del test in funzione del pannello di analisi prescelto) dell'analisi multigenetica

In qualità di diretto interessato dichiaro di essere a conoscenza che:		
per effettuare l'analisi è necessario acquisire un campione biologico (es. sangue periferico o saliva) di mio figlio o del soggetto sotto tutela e i rischi connessi al prelievo sono di minima entità;	☐ sì	☐ no
i risultati dell'analisi saranno disponibili dopo 60-120 giorni dalla data di ricevimento del campione a seconda del pannello genetico richiesto e/o dell'eventuale urgenza (nel caso si rendessero necessarie eventuali indagini aggiuntive i tempi potrebbero essere più lunghi);	☐ sì	☐ no
l'analisi fornisce informazioni unicamente in relazione al quesito diagnostico per il quale è stata richiesta;	☐ sì	☐ no
se non indicato diversamente, il campione verrà usato solo per l'indagine richiesta;	☐ sì	☐ no
l'accuratezza e la sensibilità diagnostica possono variare in relazione al progresso delle conoscenze scientifiche;	☐ sì	☐ no
il test genetico può richiedere, oltre all'analisi del DNA di mio figlio o del soggetto sotto tutela, anche quella dei familiari stretti, dove sia necessario e possibile;	☐ sì	☐ no
nel caso sia necessaria l'analisi di segregazione famigliare, il risultato è strettamente legato alla corretta indicazione dei legami di parentela dei soggetti analizzati;	☐ sì	☐ no
i risultati dell'analisi verranno comunicati/inviati, anche sottoforma di file informatico, direttamente al Medico Specialista che ha fatto la richiesta;	☐ sì	☐ no
in ogni momento lo desidero posso chiedere l'accesso ai miei dati, o la loro cancellazione;	☐ sì	☐ no
il Titolare del trattamento è Research & Innovation s.r.l., numero di tel.0498705062, mail: info@researchinnovation.com e il Responsabile della protezione dei dati è il Dott. Maurizio Dalle Carbonare reperibile ai riferimenti citati.	☐ sì	☐ no

CONSENSO INFORMATO ALL'ESECUZIONE DI ANALISI GENETICHE MOLECOLARI PER MINORE O TUTELATO

Dichiara quindi di acconsentire:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| al prelievo e all'utilizzo del mio campione biologico per l'esecuzione dell'indagine richiesta a scopi diagnostici; | ☐ si | ☐ no |
| ad eventuali approfondimenti diagnostici; | ☐ si | ☐ no |
| e/o per scopo di ricerca; | ☐ si | ☐ no |
| che questa struttura, nei casi di competenza, gestisca il trattamento dei miei dati personali e dei dati sensibili di cui agli articoli 5, 6 e 9 del Regolamento Europeo (UE) 2016/679; | ☐ si | ☐ no |
| di essere messo a conoscenza dei risultati dell'indagine; | ☐ si | ☐ no |
| a rendere partecipe dei risultati il <small>Cognome e Nome</small>
Prof./Dott. che ha richiesto l'analisi _____ | ☐ si | ☐ no |
| alla comunicazione di eventuali risultati accidentali; | ☐ si | ☐ no |
| all'invio del referto, anche per via telematica, all'Ente/Medico che ha raccolto il mio campione | ☐ si | ☐ no |
| alla conservazione per almeno 10 anni, presso il laboratorio, del campione e dei risultati. | ☐ si | ☐ no |

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (ASSISTITO MINORE IN MANCANZA DI UN GENITORE)

dichiaro che l'altro genitore non può firmare il consenso perché assente per impedimento (lontananza o altro) ☐
L'eventuale opinione del minore assistito è stata presa in considerazione.

Firma Genitore _____

DATA _____

Firma Genitore _____ Firma del Medico/ Biologo
che ha fornito le informazioni _____

(*) Il consenso informato specifico per il test genetico nel minore deve provenire da entrambi i genitori o da chi ne fa le veci giuridiche, anche in caso di genitori divorziati o separati o unici affidatari (Codice Civile, artt. 155-316-317-317 bis).

Research&Innovation srl

Torre della Ricerca
C.so Stati Uniti, 4 int. F
35127 Padova
Tel: 0498705062 – fax: 0498706696
www.researchinnovation.com
info@researchinnovation.com

